附件

滨州医学院信息公开申请表

受理编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 公民 | | 姓名 |  | | 工作单位 | | |  | | | |
| 证件名称 |  | | 证件号码 | | |  | | | |
| 通信地址 |  | | | | | 邮政编码 | | |  |
| 联系电话 |  | | | | | 传真 | | |  |
| E-mail |  | | | | | | | | |
| 法人/其他组织 | | 名称 |  | | | 组织机构代码 | | |  | | |
| 法人代表 |  | | | 联系人姓名 | | |  | | |
| 联系人电话 |  | | | 传真 | | |  | | |
| E-mail |  | | | | | | | | |
| 通信地址 |  | | | | 邮政编码 | | |  | |
| 申请人签名或者盖章 | | |  | | | | | | | | |
| 申请表填写日期 | | | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 所需信息情况 | 所需信息内容 描述 |  | | | | | | | | | | |
| 所需信息的特殊需要及用途 | | | |  | | | | | | | |
| 所需信息的指定提供方式  （可选） | | | | □ 纸面  □ 电子邮件  □ 光盘  □ 其他 | | | | | | | |
| 所需信息的获取方式  （可选） | | | | □ 邮寄  □ 快递  □ 电子邮件  □ 传真  □ 自行领取/当场阅读、抄录 | | | | | | | |
| 处理情况 |  | | | | | | | | | | | |